



LOS ANGELES COUNTY  
**DEPARTMENT OF  
MENTAL HEALTH**  
hope. recovery. wellbeing.

COUNTY OF LOS ANGELES – DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH  
CONSUMER PERCEPTION SURVEY LETTER TEMPLATE

[Enter Agency Information]

Estimado/a Señor/Señora

Gracias por dejarnos servirle. Nos gustaría que nos diera sus sugerencias para asegurarnos que estamos proporcionando los mejores servicios posibles a las personas que servimos. Estamos pidiendo su colaboración para completar una encuesta corta en línea sobre su experiencia con nosotros. No tardará más de 10 minutos.

Por favor presione/haga clic en el siguiente link/QR Código para empezar la encuesta.  
<http://www.xxxxxxxx>

Por favor llene la siguiente información en la primera página de la encuesta.

Pregunta X: Condado – 0019

Pregunta X: Número del Proveedor de servicios– XXXX

Numero de Identificación del Cliente: XXXX

La encuesta que llenará es confidencial. Su terapeuta no verá las respuestas y de ninguna manera afectará sus derechos a recibir servicios. El Departamento utilizará los resultados para mejorar la calidad de los servicios, por esa razón, estamos interesados en sus opiniones honestas ya sean positivas y/o negativas. Gracias por su cooperación y ayuda para mejorar nuestros servicios para usted.

Si usted tiene preocupaciones serias y sensibles, por favor hable inmediatamente y repórtelo al director del programa que le puede ayudar. Y si usted está en crisis, por favor hable inmediatamente con su terapeuta o el director de la clínica ya que sus respuestas a esta encuesta no serán revisadas inmediatamente.

[Enter the names and direct contact information to their designated program and clinic managers for the agency]